



## 論説 第1次医療法改正の政策過程：政策学習 論の視点から

著者	竜 聖人
雑誌名	筑波法政
号	64
ページ	139-162
発行年	2015-10-05
その他のタイトル	Articles The Policy-Making Process of The First Medical Care Act Revision : From the View Point of Policy Learning
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2241/00128937">http://hdl.handle.net/2241/00128937</a>

## 第1次医療法改正の政策過程

—政策学習論の視点から—

竜 聖人

### 1. はじめに

2014年6月、いわゆる医療介護総合確保促進法が成立した。これは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステム構築に向けた医療法や介護保険法の改正案を一本化したものである。そして、その中でも医療法改正は、第6次医療法改正とも呼ばれ、それによって、高齢者ケアをより在宅に近い場で行っていくための、社会的入院解消に向けた、医療機関や地方自治体などによる医療機関の有する病床の機能分化・連携を促進する様々な医療供給制度改革が実施されることになっている<sup>1</sup>。

こうした動きは、日本が超高齢社会を迎えた中で医療供給制度改革の重要性が高まっていることを表しているのであるが、その医療法改正の画期となったのが、1985年のいわゆる第1次医療法改正である。この法改正における主な条項は、以下の4点があげられる<sup>2</sup>。1点目は、従来定められていなかった医療法の目的が規定されたことである。条文においては、その第一条に、「この法律は、病院、診療所及び助産所の開設および管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を提供する体制の確保を図り、もつて国

民の健康の保持に寄与することを目的とする。」と定められた。2点目は、都道府県による地域医療計画の策定が法定化されたことである。この点は、第二章の二として、「医療計画」に関する規定が付け加えられた。その中の第三十条の三第一項において、「都道府県は、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画を定める。」と定められた。3点目は、医療法人格の取得にあたって、3名以上の医師が常勤していることが条件であったものを1人でも取得できるよう変更する、いわゆる、一人医師医療法人制が導入された点である。条文としては、第三十九条第一項において、従来から「3人以上」という言葉が削られ、「病院又は医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所を開設しようとする社団又は財団は、この法律の規定により、これを法人とすることができる。」と改められた。4点目は、医療法人への監督強化である。例えば、第六十三条に、「都道府県知事は、医療法人の業務若しくは会計が法令、法令に基づく都道府県知事の処分、定款若しくは寄付行為に違反している疑いがあり、又はその運営が著しく適性を欠く疑いがあると認めるときは、当該医療法人に対し、その業務若しくは会計の状況に報告を求め、又は当該吏員に、その事務所に立ち入り、業務若しくは会計の状況を検査させることができる。」と定められたように、行政による法

1 川淵 (2014)。

2 西岡 (2002)。

令違反の疑いがある医療法人に対する、立ち入り検査が可能になった。その他、医療法人への改善命令を法定化し、それに従わない場合には、都道府県医療審議会の意見を聞いたうえで業務停止命令または法人役員の解任勧告を行うこともできるようになった。

そもそも、医療法は、1948年に制定されて以来、1950年と1962年の改正は別として、1985年に至るまで大きな改正が行われてこなかったために、その改正は注目を集めた<sup>3</sup>。なかでも重視されるのは、医療費抑制という観点から、都道府県が地域医療計画を策定し、その中で地域における病床数を規制することも可能となった点である<sup>4</sup>。これは、日本の医療供給体制の根幹を成す、いわゆる自由開業医制に制限を加えるという点で非常に大きな意味を持つものであった<sup>5</sup>。さらに、その後、医療機関や病床の機能分化を目的に、厚生省（厚労省）による医療機関に対する規制強化の意味を持つ医療法の改正が随時行われていく足掛かりにもなったという点でも重要な法改正であるといえるだろう。

本稿の目的は、現在その重要性を増している医療供給制度改革の1つのターニングポイントである第1次医療法改正の政策決定過程のメカニズムを政策学習論の枠組みから分析することにある。

このような研究を行う理由は大きく2つある。1つめは、前述のように医療供給制度改革の重要性が増しているにもかかわらず、政治過程論の観点から医療供給政策を分析した研究の蓄積が十分ではないからである。ただし、第1次医療法改正を対象とした政治過程論的研究は、数は多くないものの存在する。しかし、それを対象とした研究も課題を抱えているため、本稿では従来の研究とは異なる

角度から、第1次医療法改正の政策過程について分析を進めていく。

2つめは、多様な概念が提出されてきた政策学習論の精緻化である。近年、アイディア・言説・専門知など、それ自体が独立変数となる認識的要因への関心が強まってきたため、政策学習論への関心は薄らいできた<sup>6</sup>。しかし、定見のない改革において、アイディアが生成され、定着するプロセスを観察するうえで、政策学習論の有効性は高く、再注目する必要がある<sup>7</sup>。しかしながら、多様な政策学習の概念を一定程度体系化したうえで行われた実証研究は少なく、そのような観点から新たな知見を蓄積する必要性は高いといえる。

こうした目的のもとに、本稿では議論を進めていくが、本論に入る前に、議論の概略を示しておきたい。本稿の議論は以下のように進められる。まず、医療政策に関する、政治過程論における先行研究を検討する。その中でも、第1次医療法改正の政策過程を素材とする先行研究を中心に検討を進めていく。それを通じて、第1次医療法改正の政策過程を分析するにあたっては、①政策形成の中心的主体を明らかにし、②1970年代における地域における医療計画の発展段階を組み込んだうえで、分析を進める必要があることを明らかにする。

次に、先行研究の検討を通じて明らかになった課題を克服することができる、政策学習論を分析枠組みとして採用することを示す。その理由としては、政策学習という概念は、政策形成における中心的な政治アクターが、学習を通じて政策アイディアを形成し、それを実際に政策へと反映させていくという一連の政策変容プロセスを示すものであるからである。また、そこで、その政策変容のプ

3 朝日（1988）114頁。島崎（2011）96-97頁。

4 笠原（1999）131-132頁。島崎（2011）97-98頁。

5 池上・キャンベル（1996）61頁。

6 秋吉（2012）1頁。

7 宗前（2009）158頁。

ロセスを、政策アイディアの形成局面とそのアイディアが政策に反映されていく、政策アイディアの反映局面の2つの局面に分解し、分析を進めていくことも示す。これは、政策学習論の関心が基本的に前者の局面に集中しており、そうした形をとることで、政策学習論の精緻化に資することができるからである。

そして、政策アイディアが形成される流れの中で、次の論点があることが示される。それは、①社会、経済、政治環境の変化と耳目を集める政治的事件という外生的要因によって、学習が開始されること、②学習の中心の主体として、当該政策領域を担当する官僚組織が一般的に想定されること、③学習において必要とされる知識には、科学的・理論的な知識だけでなく、より実践的な知識も組み込まれているということ、④政策アイディアの発展は、政策過程の中で発展していくものであり、それには10年もしくはそれ以上の比較的長期的な時間を必要とすること、の4点である。

さらに、上記のような分析枠組みを構築したうえで、事例の記述を行っていく。そこでは、まず、高度成長の終焉、疾病構造の変化、日本型福祉社会論の登場や第二次臨時行政調査会の設置といった社会、経済、政治環境の変化によって、医療供給政策に変化が必要とされるようになったことが示される。次に、以下のような段階を踏んで第1次医療法改正の政策過程が進行したことが示される。まず、政治的事件①の発生である。1971年の医師会による保険医総辞退という政治的事件の発生を通じて、厚生省による都道府県を単位とした地域医療計画策定の議論が表出することとなったのである。次に、政策アイディアの発展①の段階である。保険医総辞退を機に、厚生省医務局と公衆衛生局が共同し、予

防やりハビリといった保健サービスや医療施設の計画的、体系的な整備を行っていくための「地域保健医療計画」の策定を都道府県に要請する。そして、政治的事件②と政策アイディアの発展②の段階である。1980年に発覚した富士見産婦人科事件という耳目を集める事件によって、医療機関への行政による監督強化の声が強まる中で、それを機会と捉えた厚生省は、都道府県による地域医療計画の法定化、さらに、勧告という形ではあるものの、必要病床数の規定といった踏み込んだ規制を行っていく姿勢を示した。そして、最終的に、そのような内容を盛り込んだ第1次医療法改正案は1985年に国会で成立した。

最後に、政策学習論の枠組みのもと、第1次医療法改正の政策過程を政策アイディアの形成局面とその反映局面に分解したうえで分析する。政策アイディアの形成局面に関しては、上記の4つの論点から分析する。そして、政策アイディアの反映局面については、その政策過程が、政策遺制、政策決定の場、拒否点構造の3つの制度的要因によって制約されていたことを示す。

## 2. 先行研究の検討

医療保障政策は、医療保険政策と医療供給政策の2つの柱からなり<sup>8</sup>、さらに、高齢化が進むにつれて医療供給制度改革の重要性が増しているにもかかわらず、政治過程論における医療供給政策に関する研究は、十分な蓄積を積んできたとはいえない。政治過程論における医療保障政策に関する研究は、多元主義論の観点から1980年代以降の医療保険制度改革における個別の政策決定過程を研究するもの<sup>9</sup>に集中してきた<sup>10</sup>。また、最近では、歴史的制度論の観点から医療保険制度の変化

8 藤田（1995）1頁。広井（1998）103頁。

9 早川（1991）、大嶽（1994）、Campbell（1992＝1995）などの研究をあげることができる。

10 西岡（2003）。

のパターンやタイミングを明らかにする研究<sup>11</sup>が表れてきているものの、そうした研究も、その関心が医療保険政策に向けられているという点で課題を残している。

とはいえ、そのような状況にあっても、医療供給制度改革をも対象とした先行研究も近年登場してきた。しかしながら、それらの研究も課題を抱えている。ここでは、医療供給政策に関する先行研究について検討していきたい。

まず、医療保険制度改革だけでなく、医療供給制度も対象とした研究として、藤田（1995）をあげることができる。彼女は、前述のような先行研究の動向を批判し、昭和50年代以降の医療保険・供給政策の展開について、行政の「統制」手法の変化に焦点を当て、分析を行う。そして、そこでは、昭和50年代の医療政策の中心は医療保険制度改革による、「費用管理」の諸政策であったが、それだけでなく、高齢社会に対応するための医療供給制度改革による「供給管理」の政策が必要となり、昭和50年代半ば以降、そうした政策が実施されたと指摘される。さらに、「供給管理」の政策には、医療需要の抑制を目指し、費用管理の政策とも表裏一体をなす「需要管理」の政策と供給体制そのものに関わる「狭義の供給管理」の政策に分類され、昭和60年代以降は、「需要管理」以上に「狭義の供給管理」政策が重点を占めるようになったという時系列的な流れも指摘される。

また、次の指摘もなされる。すなわち、政策を構成する資源として、従来、厚生省は、医療金融公庫や医師優遇税制、診療報酬の引き上げによる政策誘導など「資金」を通じた統制を重視してきた。しかし、昭和50年代以降、その重要性が相対的に低くなり、厚生省のPRや医療機関に対する広告規制の緩和などといった「情報」、都道府県医療計画の導入や医療関連サービス産業に対する許認可権限の増大などを通じた「権威」の重要性が高

まった。さらに、そうした政策の変化の中で、地方自治体という「組織」の役割が大きくなっているとも指摘される。

この研究は、医療保険政策だけでなく、医療供給政策にまで対象を広げ、幅広く医療政策の動向を説明しており、昭和50年代以降の医療行政の全体的な動きを把握するには非常に参考となる。しかしながら、統制手法の変化のあり方を明らかにすることを目的としている研究の特性上、なぜ医療政策がそのように変化したのかという要因に対する考察は十分なものとなっているとは言い難い。

次に、中島（2001）は、①1962年の医療法改正による「公的病床規制」、②1972年の「医療基本法案」の廃案とその後の「実験的事業としての地域医療計画策定」、③1985年の医療法改正（第1次医療法改正）による「地域医療計画と民間病床規制の導入」の3つのケースを比較分析している。ここで特に重視されるのが、従来、行政官としての能力を十分有していなかった厚生省の医系技官が、1970年代に入る頃に、行政官としての政策形成能力を付けたことと、医師という専門職の側面ももつ彼らが自らの所属する官僚組織以上に専門職社会を優先し、自律性と倫理基準を共有する技官と医師会からなる政策コミュニティが形成されたということである。こうした要因により、彼は、医療基本法案廃案後の地域医療計画策定やその後の法制化が可能になったと指摘する。

この研究は、戦後から1980年代までの医療供給政策の長期的な政策内容の変容やそれにつながる医療政策に関わるアクター間関係の変容を理解するには有益である。しかしながら、特に本稿の対象とする医療基本法案の廃案から第1次医療法改正に至る政策過程を眺めると、そもそも、その決定は医師会の利益の根幹を成す自由開業医制に制限をかけるものであり、そして、臨調路線での福祉見直

11 北山（2011）、砂原（2011）があげられる。

しという潮流のもと、政治情勢が医師会にとって不利な方向へと進む中で、既存の地域保健医療計画が医療費抑制の意義を帯びていきながら、様々なアクターの利益に基づいた妥協のうえになされたものである。そういった経緯を考慮すると、両者が価値基準までも共有した存在であり、それを前提として第1次医療法改正が可能となったというのは強すぎる主張であるように思われる。

そして、西岡（2001・2002）は、Kingdon（1995）の政策の窓モデルを分析の枠組みにおき、1972年の医療基本法案が廃案となる政策過程と1985年の第1次医療法改正の政策過程を、前者が廃案となり、後者が成立した点について、比較の視点を若干取り入れつつも、基本的には個別に分析を行っている。ここでは、地域における医療の計画的整備に関して、厚生省、医師会、社会党がそれぞれ政策案を有しており、その政策案が1970年代から1980年代にかけて発展していたことが重要視される。そうした中で、臨調による行政改革路線が確定したことや医師会や社会党の対応が1980年代に「現実主義化」したため、問題の流れ、政策の流れ、政治の流れが合流したことから、医療基本法案とは異なり、第1次医療法改正は成立したとする。

ただし、この研究は、①アプローチの特性上、その政策過程において中心的な役割を担った主体が明らかでないということ、②第1次医療法改正に至る流れを遡れば、医療基本法案の廃案もその重要な足掛かりなのであり、密接に関係していることから、それぞれを個別の政策過程として取り扱っている点に問題を抱えている。

以上のような先行研究を検討し、みえてくるのは、第1次医療法改正の政策過程における政策形成の中心的主体を明らかにし、医療基本法案の廃止に表れるような、第1次医療法改正につながる1970年代の地域医療計画の発展段階を組み込んだうえで、その政策決定を可能にした要因を分析することにあるといえるだろう。

### 3. 分析枠組み

上記のような先行研究の課題を乗り越えていくために、本稿では政策学習論に着目する。この概念は、政治アクターによる学習を通じて、政策アイデアがどのように形成され、定着していくのかという政策変容のメカニズムを分析する概念である。また、政策学習論には、「社会的学習」<sup>12</sup>、「政策志向学習」<sup>13</sup>、「教訓抽出学習」<sup>14</sup>、「政府学習」<sup>15</sup>といった形で、多様な概念が提示されてきたという特徴もある<sup>16</sup>。

本稿においては、それらの概念は必ずしも対立するものではなく、補完関係にあると捉えることができることを指摘したうえで<sup>17</sup>、分析枠組みの構築に入っていきたい。

なお、本稿においては、政策変容のプロセスを分析するにあたって、そのプロセスを、学習を通じて政策アイデアが形成される局面と、そのアイデアが政策へと反映される局面の2つの局面に分解し、分析を進めていく。なぜなら、政策学習論の関心が基本的に前者の局面を解明することに向けられてきたために、後者の局面に対する知見には十分な蓄積がみられず<sup>18</sup>、このような形で研究を進

12 Heclo (1974). Hall (1993).

13 Sabatier and Jenkins-Smith (1993).

14 Rose (1991・1993).

15 Etheredge and Short (1983).

16 平松（2002）。秋吉（2012）。

17 秋吉（2007）55頁。

18 秋吉（2012）10頁。



めることで、政策学習論の精緻化に資することができるからである。

### 3.1 政策アイデアの形成局面

政策学習によるアイデアの形成局面における流れとその中での論点としては、①学習が開始される要因、②学習の中心的主体、③学習の対象となる知識の性質、④政策アイデアの発展をあげることができる。

1点目について、学習が開始されるのは、基本的に外生的な要因によっている。具体的には、①社会経済状況の変化、②選挙による政権交代などの政治状況の変化、③耳目を集める政治的事件の発生があげられる<sup>19</sup>。そして、こうした政策環境の変化によって、学習の中心的主体となるアクターが、政策の不確実性の高まりとその対応のための新たな政策アイデア形成の必要性を認識し、政策変容を目指すことになる<sup>20</sup>。

そして、その学習の中心的主体として、政策学習論の中で一般的に想定されているのは、当該政策領域を担当する官僚組織などの政策担当者である。ただし、政策学習論においては、官僚のみで新たな政策アイデアが形成されるとは限らず、イシューネットワーク、認識共同体、唱道連合といった概念で示されるような信念や価値基準を共有する専門家が専門知識を提供し、官僚とともに学習における中心的役割を担い、多様な利害関係者を巻き込みながら、政策変容を実施していくことを重視する点も特徴の1つである<sup>21</sup>。

また、中心的主体となるアクターが学習を

進めるには何らかの知識を吸収する必要がある。アイデアに着目した政治過程論的な研究において、その知識としては、科学的・理論的知識が一般的に想定されている。しかしながら、政策学習論では、実践的な知識も学習の対象であり、その性質はより幅広く想定されている<sup>22</sup>。

加えて、そうした知識を基に形成される政策アイデアは政策過程の中で発展していく。政策学習のプロセスが、比較的長期にわたる変化であると示されるように<sup>23</sup>、政策アイデアは10年もしくはそれ以上の時間をかけて発展する<sup>24</sup>。さらに、その発展の過程の1つとして、学習の中心的主体が、前述の耳目を集める事件をその発展の機会として捉え、政策アイデアを発展させていくという過程の存在が指摘されている<sup>25</sup>。

### 3.2 政策アイデアの反映局面

政策学習論では政策アイデア形成のプロセスに関心が集中し、そのアイデアが政策へと反映される局面についての十分な蓄積がなされてこなかった。それに対し、一定の知見を提示しているのが社会的学習論である。ここでは、アイデアが政策へ反映されていく中で、政策決定過程における制度に制約を受けるということが指摘される<sup>26</sup>。けれども、その制度的要因の指す概念として何が用いられるかは、それぞれの論考によって異なる。本稿では、この点について、歴史的制度論によって指摘される「政策遺制」、「政策決定の場」、「拒否点構造」の3点を取りあげていく。

19 Heclo (1974). Hall (1993). Sabatier and Jenkins-Smith (1993). Rose (1991・1993). Kingdon (1995). Busenberg (2001).

20 Rose (1991・1993).

21 Heclo (1974). Hall (1993). Sabatier and Jenkins-Smith (1993). Rose (1991・1993).

22 Heclo (1974). Hall (1993). Rose (1991・1993).

23 Heclo (1974). Sabatier and Jenkins-Smith (1993).

24 Sabatier and Jenkins-Smith (1993).

25 Busenberg (2001).

26 Heclo (1974). Hall (1993). Greener (2001). Oliver and Pemberton (2004). Béland (2006). 秋吉 (2012) 10頁。

まず、政策遺制とは、過去のある時点に誕生した政策がその後の政策の方向性を規定する傾向があることを意味する概念である。それは、制度によりその受益者が組織化・社会勢力化することや能力・時間といった制約により政策決定の標準作業手続きが制度化されることで、政策変容が制限されるために起こる。

次に、政策決定の場とは、当該政策におけるその形成および決定が行われる「場」のことを指す。それによって、学習の主体となるアクターがどのような形で政策決定に関与できるかが決まり、政策変容がどの程度、促進・抑制されるかが規定される<sup>27</sup>。

最後に、拒否点構造とは、政治制度の中に既得権益をもつ集団の影響力行使を可能にする機会構造が存在するかどうかを指し、その集団の影響力は、どれだけ政策変化を阻む拒否点が存在しているかに左右される<sup>28</sup>。また、経済学的見地から拒否点を有するアクターを「拒否権プレイヤー」という概念で捉え直した Tsebelis (2002=2009) によれば、政策変容は、①拒否権プレイヤーの数、②拒否権プレイヤー内部の結束の程度、③拒否権プレイヤー間の政治的距離によって規定される。つまり、政策変容は、拒否権プレイヤー内部の状況やその間の関係性によっても規定されるのである。

#### 4. 1970年代から1980年代における経済、社会、政治状況の変化

##### 4.1 高度成長の終焉・疾病構造の変化・医療供給体制に対する批判

本稿が対象とする1970年代から1980年代にかけて、医療供給政策の変化に影響を与えた

経済、社会、政治状況の変化として以下の点を指摘できるだろう。

まず、高度経済成長の終焉である。1973年が福祉元年とも呼ばれるように、その年、日本の社会保障制度は、大きな発展を遂げた。その中で医療保障制度も、老人医療費無料化、健康保険の被扶養者への給付率引き上げ、高額療養制度の創設という形で拡充された。しかし、高度経済成長の終焉が、そうした社会保障制度の拡充に影を落とす。そのきっかけは、1973年の第1次石油危機であった。それに加えて、田中角栄内閣の積極財政、通貨管理の不手際が重なり、狂乱物価が巻き起こった。それに対し財界の要請から大蔵相に就任した福田赳夫が総需要抑制に乗り出し、1974年に日本経済はマイナス成長を記録し、高度成長は終焉を迎える<sup>29</sup>。

また、栄養状態の改善や生活水準の向上、戦後整備された医療保障制度、医学の進歩などによる日本人の人口構成、疾病構造の変化も医療保障制度の変化を促した。日本の高齢化率は、1955年以降上昇傾向をみせ、1970年には高齢化率が7%を超えて高齢化社会を迎えた。それに伴い、病気の主流が結核などの感染症をはじめとする急性期疾患から、がん、心臓病、脳血管障害などの慢性期疾患へと変化した<sup>30</sup>。

そして、こうした状況は、医療の概念の変化も引き起こした。慢性期疾患へと疾病の中心が移る中で、疾病予防やリハビリテーションの重要性が高まった。そのため、疾病に対する治療のみならず、それらを内包した、「包括医療」と呼ばれるものへと医療が変化するように要請されていった。

また、そうした状況の変化を根底に医療供給体制に対する批判も高まっていった。日本

27 秋吉 (2012) 10頁。

28 Immergut (1990)。

29 新川 (2005) 96-98頁。

30 笠原 (1999) 106頁。藤田 (1995) 6頁。



の医療機関は、第二次世界大戦で大きな打撃を受けたが、戦後の経済的復興、1961年の国民皆保険の達成、高度成長と医療保障を拡充する経済的、財政的条件は整っていった。そうした中急増していった医療需要は、公的医療機関ではなく、民間医療機関の急成長によってカバーされた。これは、日本の医療供給体制の根幹が自由開業医制によって成り立っていたことの延長にあるのだが、さらに、戦後、医療法人に対する税制上の優遇、医療機関への低利融資、公的病院の病床規制など、政府が民間医療機関を利する政策を実施してきた結果でもあった。しかし、1970年代に医療の量的拡大という課題が解決される中で、むしろ、それによって、医療機関の地域偏在が著しいものとなっていることや欧米の医療機関と異なり日本の医療機関は病院と診療所間の機能分化や様々な病院間での連携が十分になされていないといった批判がなされるようになる<sup>31</sup>。

#### 4.2 日本型福祉社会論と第二臨調の設置

1970年代後半以降の社会保障政策は、「日本型福祉社会論」という言説に方向づけられた。この言葉は、村上泰亮らの共著、『生涯設計計画——日本型福祉社会のビジョン』の中で使用された言葉であり、日本が北欧型の福祉国家の道を歩むことに疑問を呈し、企業、地域、家族での相互扶助を軸にした日本型社会システムを再評価するものであった<sup>32</sup>。そして、それ以降、1975年の『文芸春秋』2月号に掲載された「日本の自殺」をはじめ、保守系知識人による西欧型福祉国家へのイデオロギ的批判が表れていくのである<sup>33</sup>。こうした批判は、財界指導者達にも受け入れら

れ、彼らは、福祉国家の見直し、民営化などの「小さい政府」実現に対する主張を強めていった<sup>34</sup>。

一方、石油危機による経済低迷の中で大幅な歳入不足となったことから、政府は1975年に10年ぶりの特例赤字国債を発行した。そして、それ以降、政府会計上の国債依存率は高まり続け、財政再建の必要性が高まる。それに対し、当初、大蔵省や自民党首脳は、一般消費税の導入などの増税を通じて対処しようとした。そして、1978年末に首相に就任した大平正芳も一般消費税の導入を訴えた。しかし、翌年11月の総選挙での自民党の敗北により、歳出削減による財政再建へと政府首脳や大蔵省は方針転換することを余儀なくされた<sup>35</sup>。こうした状況下で、1980年の衆参同日選挙中の大平首相の急死により鈴木善幸が首相に就任し、「増税なき財政再建」をスローガンに掲げた。翌年には行政管理庁長官の中曽根康弘のイニシアティブで第二臨時行政調査会が設置され、その主要メンバーに選ばれたのは、財界指導者や経済学者ら、自由主義に信頼を置く人々であった。こうした状況の中で、臨調による行政改革路線下での福祉見直しが進められていくこととなるのである。

#### 5. 保険医総辞退と医療基本法案の廃案（政治的事件①）

本節以降は、第1次医療改正の政策過程について、時系列的に記述していく。ここでは、地域医療計画に関する議論が表出することとなった、保険医総辞退と医療基本法案の廃案の過程について記述する。

1971年2月18日に圓城寺次郎中央社会保険

31 菅谷（1981）195-202頁。笠原（1999）126-129頁。

32 宮本（2008）。

33 グループ一八九四年（1976）。香山（1978）。

34 大嶽（1994）80頁。

35 大嶽（1994）70-71頁。

医療協議会（中医協）会長が審議のたたき台として提出した「審議用メモ」をきっかけに保険医総辞退が起きた。この審議用メモとは、当時、日本医師会が中央社会保険医療協議会において、診療報酬が物価上昇に追いついていないとし、その物価スライド制を要求する一方で、公益委員が診療報酬適正化のための論点を整理し、中医協に提出したものである。このメモでは、診療報酬における包括払いや通減制の導入、薬剤費の削減が示唆されていた。これに、武見太郎医師会会長は強烈な反対姿勢を示し、医師会はその撤回を求め、中医協から委員を引き上げた<sup>36</sup>。さらに、3月4日には、医師会は、都道府県医師会に対し、「厚生行政に対する包括的抵抗体制の確立について」を通知し、医師大会の開催、一斉休診及び保険医総辞退の体制の整備について指示を行った<sup>37</sup>。その後、医師会は、メモと健康保険法改正を抱き合わせての撤回を要求し、7月からの保険医総辞退の方針を固めた<sup>38</sup>。

これに対し、厚生省による都道府県を通じて地元医師会への説得、保利茂官房長官が武見邸にまで出向いての説得などが行われたが、実を結ばず、医師会は、予定通り7月1日から保険医総辞退に突入した<sup>39</sup>。

ちなみに、保険医総辞退は、それまでに3度企図されたことがあったが、全てが実施直前に政治的に収拾され、現実には選択されなかった戦術である。戦後からこの時期までの医師会の政治活動は、医薬分業、診療報酬、健康保険法改正、国民健康保険法改正といった問題に対してなされた。そして、その活動は、①中医協、②医師議員や医系議員を媒介

とした自民党社会部会、③自民党幹部との折衝といった場を通じてなされていたが、保険医総辞退は、そうした通常のコースが有効性を発揮しなかった際に企図されたものであった<sup>40</sup>。

7月5日の内閣改造を受けて厚生大臣には、内田常雄に代わり、2度目の厚相就任となる斉藤昇大臣が就任した。そして、斉藤と武見との3度にわたる報道関係者への公開会談が行われた。さらに、28日には佐藤榮作首相も交えた3者会談までもが実施された。この会談で、4項目8細目に渡る合意事項が取り決められ、それと引き換えに、7月いっばいで総辞退は収拾されることになった<sup>41</sup>。

この合意項目自体は、基本的に医師会の利益に沿うものとなっているが、本稿の関心から注目したいのは、その合意項目の3点目に、「国民の健康管理及び医療の供給体制を計画的に実施しうる医療基本法のような法律の制定を考慮する」<sup>42</sup>という文言があることである。

この会談の後、厚生省は、1972年1月に医療基本法要綱（事務局試案）を自民党医療基本問題調査会に提出した。その試案は、包括医療の必要性や疾病構造の変化への対応などを政策の基本方針においたうえで、第1章から第6章までの構成となっていた。特に3章において、「国民医療基本計画及び国民医療審議会等」という項目が設けられている。その内容としては主に、①国が国民医療基本計画を策定すること、②それに基づき都道府県知事が都道府県医療計画を策定すること、③知事が当該地域内の市町村長や医療関係団体の意見を聞いて医師やその他の学識経験者な

36 吉原・和田（2008）256-258頁。

37 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編（1979）119頁。

38 吉原・和田（2008）238頁。

39 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編（1979）119頁。吉原・和田（2008）238頁。

40 田口（1969）183-196頁。池上・キャンベル（1996）20-28頁。

41 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編（1979）120-121頁。吉原・和田（2008）259頁。

42 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編（1979）120-121頁。吉原・和田（2008）259頁。

どから任命する地域医療協議会を設置することなどが示された<sup>43</sup>。

この案に対して、医師会は、医療基本法案の必要性は認めるものの、医療における基本的人権や生命の尊重が謳われていないなどと批判し、厚生省への再検討を申し入れることとした<sup>44</sup>。そして、その他の各関係団体からの反対も強く<sup>45</sup>、事務局私案には修正が加えられていった。最終的に、特に医師会の主張を受け入れる形で、この事務局案は4度の修正を加えられた<sup>46</sup>。その後、社会保障制度審議会、自民党総務会の了承を得て、5月26日に国会に提出された。

一方で、この医療基本法案提出に先立ち、4月から保険医総辞退収拾の際の合意事項の1つでもあった健康保険法改正の国会審議が行われていた。この改正案の審議は、保険料率引き上げなどが審議されていたために与野党の意見が対立し、衆議院は何とか通過したものの、参議院では調整がつかなかった。そのため、社会・公明・民社の3党は5月15日に、公費負担や公共医療機関の拡充を求める医療保障基本法案を提出し、自民党に揺さぶりをかけた<sup>47</sup>。

加えて、この国会は、7年8か月続いた佐藤内閣の最後の国会であり、自民党内部での角福戦争が激化していたことに影響を受け、国会は空転、結果的に、医療基本法案は同時に審議されていた健保法改正案とともに審議未了、廃案となった<sup>48</sup>。

## 6. 都道府県における地域保健医療計画の策定（政策アイディアの発展①）

### 6.1 地域保健医療計画策定の背景

廃案となったものの、医療基本法案の中で地域医療計画という文言が登場したことは、政策の具体化を促した。当時の厚生省医務局長滝沢正は、廃案後もジャーナリストとの対談<sup>49</sup>や社会保険関係者に対する講演<sup>50</sup>などにおいて、基本法にあるような地域に対する医療計画策定の必要性を訴え続けていく。

そもそも、こうした厚生省の動きの背景には、1つに、当時、病気の主流が、感染症などの急性期疾患から心臓病、脳血管障害、がんなどの慢性期疾患へと移っていたことがあった。これにより、1970年代初めごろから、保健と医療を総合した「包括医療」という考えが広まり始めた。それは、疾病の治療のみならず、健康増進、疾病予防、リハビリテーションも含めたものへと医療の概念を広げたものであり、さらに、それらが一貫した有機的体系のもとに行われる必要があると考えられるようになった。そうした中で、厚生省も包括医療の必要性を認識し始めていく<sup>51</sup>。

2つめは以下である。戦後の民間病院の急成長により、人口に対する医療機関数や病床数が1970年代には欧米諸国の水準と遜色ないものとなったが<sup>52</sup>、医療機関の地域的偏在や欧米諸国のように病院と診療所、病院相互間の機能分화가十分になされていないことが問

43 『公衆衛生』36巻4号（1972年4月）43-44頁。

44 『日本医事新報』2495号（1972年2月19日）95頁。

45 『日本医事新報』2498号（1972年3月11日）102頁。

46 河野（2006）69-71頁。

47 『社会保険旬報』1043号（1972年6月11日）31-35頁。

48 有岡（1997）305-306頁。

49 『社会保険旬報』1051・1052合併号（1972年9月11日）13-19頁。

50 『社会保険旬報』1060号（1972年12月1日）8-12頁。

51 厚生省大臣官房企画室編（1970）。厚生省編（1974）152頁。

52 厚生省大臣官房企画室編（1970）。厚生省保険局企画課（1979）1-29頁。

題と捉えられるようになった<sup>53</sup>。これは、自由開業医制のもと、戦後、1961年の国民皆保険成立も手伝い医療需要が急増し、民間病院が急成長を遂げたことから顕在化したものであった<sup>54</sup>。

そして、厚生省は、これらの課題への対応として、予防やリハビリなどの保健サービスや医療施設を計画的、体系的に整備していく必要性を認識し、その方向性で政策を作成していくことを示していった。例えば、1970年に厚生省が発表した「厚生行政の長期構想——生きがいのある社会をめざして」の中では、地域保健需要の把握、各種医療機関の間の総合調整、地域保健計画の策定といった対策をとる必要があるとされている<sup>55</sup>。

さらに、それと並行して、厚生省は包括医療の観点から問題を捉え、保健サービスに関して、地域圏を設定し、提供するという方向性で政策の検討に入ってもいた。1970年11月に公衆衛生局は「保健所問題懇談会」を設置し、そこから1972年7月に「基調報告書」が提出された。そこでは、①市町村の区域を想定した地区レベル、②農山漁村・都市・工業地帯のような地域の特性を考慮し数市町村を合わせた村域レベル、③多くは県域を想定する広域地域レベルからなる圏域を設定したうえで、保健サービスを展開することが構想されていた<sup>56</sup>。

加えて、公衆衛生局がこうした政策の検討に入っていたのは、感染症対策を主要な役割とした保健所を所管する組織であったために、疾病構造が変化する中でその役割を減じ

ていたことから、それを復調させたいという理由もあった<sup>57</sup>。

こうした状況に、基本法案での医療計画策定の動きが起こったことで、1973年には医務局と公衆衛生局は、「地域保健医療計画策定委員会」を設け、保健サービスと福祉サービス、さらに医療サービスを一体で住民に届けるための地域圏設定におけるモデル化を進めていった。そこで特に問題となったのは、委員会が設定することを決めた一次圏域、二次圏域、三次圏域のうちの二次圏域の範囲についてであった（一次は市区町村域、三次は都道府県域を想定した）。それは、保健・福祉サービスが行政区を単位に提供されている一方で、医療サービス圏は行政区域とはほぼ無関係に成立していたからである。そのため、両者の関係を検討するため、岩手・新潟・埼玉・和歌山・鳥根の5県をモデル県に二次医療圏の策定のモデル化が進められることとなった<sup>58</sup>。

そして、同委員会は、上記のモデル県の地域圏設定に関する報告書をまとめ、1974年には、医務局が全国の都道府県に対し地域医療計画の策定を要請した<sup>59</sup>。こうして、1973年の秋田県をはじめに、都道府県における計画の検討、策定が進んでいった。しかし、一方で、後述のように1985年に医療法が改正され、都道府県による地域医療計画の策定が法定化されるまでに、地域医療計画を策定した都道府県は、11府県に止まったのも事実であり、厚生省はより踏み込んだ対策が必要とも認識することになった<sup>60</sup>。

53 1973年版の厚生白書から、「医療施設が適正に配置され、相互の有機的な連携のもとに、それぞれの機能を十分に発揮することが必要である」という記述がなされるようになった（厚生省編 1974:175）。

54 菅谷（1981）196-202頁。

55 厚生省大臣官房企画室（1970）。倉田・林（1977）21-22頁。

56 橋本（1975）65-71頁。

57 小西（1977）13-15頁。

58 小西（1977）15-17頁。

59 『社会保険旬報』1132号（1975年1月1日）56-58頁。

60 厚生省健康政策局編（1986）243-263頁。朝日（1988）117-118頁。

## 6.2 関係するアクターの動向

厚生省、特に医務局がこのような動きを示す中で、医療供給制度改革に対し、関連するアクターはどのような動きをみせていたのだろうか。厚生省保険局、医師会、社会党について触れておきたい。

まず、保険局は、医療費抑制の観点から、1970年代中ごろから医療保険政策と医療供給政策の連携の必要性を認識するようになってきていた<sup>61</sup>。地域医療計画に関して、1979年当時、保険局審議官であった吉村仁は、医事評論家の水野肇、佐分利輝彦医務局長との専門誌上での座談会<sup>62</sup>や医師会とのパネルディスカッションの場において<sup>63</sup>、医療費抑制の観点から、地域医療計画の策定を支持する趣旨の発言をしている。こうした動きの裏には、石油危機以降の経済の低成長や老人医療費無料化によって、医療保険財政が、将来的には行き詰る、もしくは、既に行き詰まり始めているという認識があった<sup>64</sup>。

そして、医師会に関しては、これまでの厚生省の動きと並んで、彼らも医療基本法のような法案の制定や地域における計画的な医療整備の必要性を主張していた。具体的な動きとしては、武見の指示により医師会が協議し、1970年1月に発表した「医療総合対策」をみていきたい。そこでは、人口、文化、産業、現在の医療施設の分布や保有施設、将来の土地利用計画などの様々な観点から地域特性を捉えて地域医療を行う必要があること、

そのうえで、ニュータウン、僻地、工業地帯といった地域を仮定し、保健・医療整備を行っていくという、厚生省と共通点をもつ政策案が示されている。ただし、一方で、厚生省の構想と異なるのは、地域保健調査会の中心的役割を担うのは医師会とされているということである<sup>65</sup>。こうした動きは、①医業経営安定の観点から医療保険制度と医療供給体制を包括した医療制度の確立を目指していたこと<sup>66</sup>や彼らの標榜するプロフェッショナル・フリーダムを根底に置いたものであった。さらに、医療総合対策以後にも、医師会は地域医療検討委員会という組織を設けて、前述の厚生省保健所問題懇談会に対して、地域医療に対する意見を提示し続けていった<sup>67</sup>。

次に、社会党についてである。社会党が公明党、民社党とともに1972年5月に国会に提出した、前述の医療保障基本法案を例にみると、その大きな特徴は、①医療費の負担に関して、医療のすべてを公費負担によって給付することを目途として、公費負担の範囲拡大と社会保障制度の改革のため必要な措置を講じなければならないとされていたこと、②医療供給に関しては、公的負担による医療の給付は原則として公共医療機関によって行い、さらに、医療機関の体系的整備にあたり、その中心となる地域基幹病院を公共医療機関が担うとされたことである<sup>68</sup>。

こうした社会党の医療政策の方向性を規定

61 幸田ほか（2014）89頁。

62 『社会保険旬報』1274号（1978年1月1日）23-32頁。また、座談会で佐分利局長は民間病院に対する規制を強化する意欲を示しているが、それにあたり、フランスやアメリカの民間病院に対する規制に触れていた。これは、特にアメリカで1974年に制定された国家医療計画・資源開発法の中で、CON（Certificate of Need）規制と呼ばれる、医療機関に対する資本投資規制が導入されたこと（飛田 2014）を特に念頭においたものと思われる。

63 『社会保険旬報』1253号（1978年6月1日）8-13頁。

64 早川（1991）。

65 日本医師会編（1970）269-315頁。

66 大杉（1993）64頁。

67 『月間福祉』55巻8号（1972年8月6日）70-74頁。

68 『社会保険旬報』1043号（1972年6月11日）31-35頁。



したのは、「医療の社会化」論である。医療の社会化論は、1910年代から表れた実費/診療運動や医療利用組合運動に由来し、その内容の大略は、①資本主義の進展とともに開業医の営利性が強まっている、②1920年代から1930年代の日本の資本主義の行き詰りにより、開業医が営利性を強め、都市部では下層への医療を放擲して富裕層に医療供給が集中し、農村部では無医村化を進展させ、「医療荒廃」を導いている、③開業医制度による広範な医療疎外の克服には、より公共的な医療供給による医療システムへの転換（医療の社会化）が必要である、④1960年代以降の医療問題は医療の社会化の失敗に由来するというものである。そして、そこから、開業医の営利性を批判し、これを公的供給システムによって代替していかなければならないという主張が生まれる<sup>69</sup>。さらに、この医療の社会化運動を担った主体の1つに自治労があり、その影響を受け、社会党は、例えば1970年の党大会にて、「医療の社会化への道」を採択したことに表れるように、医療の社会化論を基にした医療政策の必要性を主張していく<sup>70</sup>。

## 7. 富士見産婦人科病院事件と第1次医療法の改正（事件②と政策の発展②）

### 7.1 富士見産婦人科病院事件と医療法改正議論の高まり

1980年9月、富士見産婦人科病院事件が発覚したことを契機に、医療法改正の議論が動き出す。この事件は、埼玉県所沢市の富士見産婦人科病院が、診療報酬増収を目的に乱

診・乱療を行っていたとされるものである。そこでは不要な子宮・両卵巣の全摘出、一部摘出を最たるものとして、様々な形で不当な医療が行われていた。さらに、無資格者の病院理事長が自ら診療に加わっていたことや、その理事長が所沢市長、市議のみならず、当時の厚生大臣斉藤邦吉をはじめ、多数の国会議員に政治献金を行っていたことなども加わり、事件はマスコミに大きく取り上げられていった<sup>71</sup>。

さらに、富士見産婦人科病院事件に加えて、以前から精神病患者に対する身体拘束など、人権侵害とも取れる処遇を問題視されていた医療法人十全会病院における経営上の不適切な問題が明るみに出たこともあって、厚生省は医療法人に対する監督強化に向けた動きを加速させていく。また、こうした動きを促した背後には、医療機関の診療報酬の不正請求が横行しているといった状況認識もあった<sup>72</sup>。

そして、斉藤厚相が富士見産婦人科病院の理事長から政治献金を受けていたことで引責辞任した。それに代わって厚相に就任した園田直は就任会見で、省内にプロジェクトチームを設ける考えを明らかにした。このプロジェクトチームは、「医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会」という名称のもと、委員長には、田中明夫医務局長をおいた。検討項目としては、①医の倫理の高揚、②医療関係者の資質向上、③医師法、医療法の見直しを含む医療制度の問題、④医療監視体制の強化の問題があげられた<sup>73</sup>。

このような形で、厚生省が医療機関に対する規制を強めていく姿勢を示す中で、1980年12月19日に開かれた医療審議会に対し、厚生

69 猪飼（2010）134-141頁。

70 西岡（2001）203-205頁。西岡（2003）155-156頁。

71 富士見産婦人科病院被害者同盟・原告団編（2010）。

72 読売新聞社会部（1978）。笠原（1999）110頁。吉原・和田（2008）381-382頁。

73 『日本医事新報』2945号（1980年10月4日）95頁。『日本医事新報』2946号（1980年10月11日）142頁。



省は、通常国会へ医療法改正案を提出し、その中で、監督強化に止まらず、地域医療計画の策定を法律に盛り込むという方向で医療審議会に説明し、そこで検討が行われることとなった。そして、そこで示された改正案の骨格は、都道府県が、①地域医療協議会を設置し、②地域医療計画の策定を責務化、③計画策定の目標値としてのガイドラインを策定する、というものであった<sup>74</sup>。

さらに、医療審議会での審議が進められる中で、田中医務局長は、1981年1月20日、地域医療計画策定にあたり問題となると予想された、医療機関の過密地域における病床規制問題について、関係者による自主的な規制が望ましいとしながらも、「法律で出来ないまでも勧告出来るようにしたら、と考えており、今後審議会で審議してもらいたいと思っている」と病床規制に対してより踏み込んだ発言を行うようにもなっていった<sup>75</sup>。

こうした中で、医師会は、自民党の医政研究会において医療計画は医師の手により作成されなければならないと反対意見を示したり<sup>76</sup>、常任理事会で医療法改正案反対を確認したり<sup>77</sup>と反対姿勢を明示していった。

こうした中、医療審議会に対して、厚生省は3月2日に、大きく①都道府県地域医療計画策定の義務化、②医療法人の監督規定の点からなる医療法改正案の骨子を説明した。その説明の中では、地域医療計画に関して、従来病床規制の対象外であった私的病院についても、医療圏の病床数が必要病床数を超える地域で病院開設申請を行った場合、知事が「開設等の申請内容の変更を勧告できるものとする」と勧告の形ではあるものの、行政による指導の方途を開き、さらに、公的病院に

ついては開設許可を与えないでおくことができるとされた<sup>78</sup>。

そして、厚生省は、3月11日、次のような内容からなる医療法改正案を社会保障制度審議会に諮問した。内容の要点としては、①都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聞いたうえで、都道府県が医療圏の設定と地域医療計画を策定し、必要病床数、医療施設相互間の機能連携、医療従事者の確保などについて定める、②都道府県は少なくとも5年ごとに地域医療計画を再検討し、必要ならば変更する、③都道府県知事が病床過剰地域における民間病院の開設増床について、中止及び削減を勧告できるものとする、④医療法人の業務や会計が法令や定款に違反し、経営が著しく適性を欠くときは、都道府県知事は立ち入り検査をし、必要な措置を命じ、それに従わないときは、業務の停止または役員の解任を命ずることができる、といったものであった<sup>79</sup>。

このように、厚生省は、富士見産婦人科病院事件などによって要請されるようになった医療機関に対する監督強化のみならず、それを機会と捉え、都道府県による地域医療計画の策定を法定化するよう動いていったのである。また、こうしたことが可能であったのは、都道府県に対する要請に止まっていたとはいえ、厚生省が地域保健医療計画を既に実施していたからであるといえるだろう。そして、さらに、厚生省は、勧告という形式ではあるが、場合によっては必要病床数の規定などを通じ、都道府県がさらに踏み込んだ規制を行うこともできるような道を開こうとしたのである。

そして、4月10日、社会保障制度審議会は、

74 『日本医事新報』2958号（1981年1月3日）131頁。

75 『日本医事新報』2061号（1981年1月24日）96頁。

76 『日本医事新報』2966号（1981年2月28日）98頁。

77 『日本医事新報』2967号（1981年3月7日）99頁。

78 『日本医事新報』2967号（1981年3月7日）99頁。

79 吉原・和田（2008）382頁。

医療法改正の緊急性が必ずしも高くないことや国の医療に関する政策が明確さに欠けているといった批判はしたものの、大筋で評価する趣旨の答申を園田厚相に対して行った<sup>80</sup>。

しかしながら、医師会は武見会長のもと、これを官僚統制の強化であると強く反対した。さらに、医師会は、自民党にも法案提出を断念するよう働きかけ、自民党社会部会が法案要綱を預かる形で店ざらしされ、結局のところ法案は通常国会に提出されなかった<sup>81</sup>。

## 7.2 医療法改正案の国会提出

以上のような状況にあって、翌年になって医療法改正案の国会提出は進まなかった。自民党の社会部会が、関係団体との調整に全く進展がみられないと指摘していたためである<sup>82</sup>。

ただし、こうした中でも、第1次医療法改正案の国会提出に向けて、周囲の政治状況は徐々に変化していた。まずは、財政危機への対応として、1981年3月に第二臨調が設置されたことである。医療法改正の柱といえる事柄について、第二臨調は対策を打つよう、答申や報告において促していった。例えば、1981年7月の第一次答申においては、医療保険に対する国庫負担の削減や老人保健法の早期成立といった様々な形で医療費抑制政策の実施が要求されているが、その中には、乱診乱療対策としての医療機関への指導監督の強化も含まれていた。さらに、翌年5月の第一部会報告では、医療費抑制政策の1つとし

て、地域医療計画などによる医療供給体制の体系的整備をあげている<sup>83</sup>。

加えて、この頃、医師会の結束が弱まっていた。この時期に起きた最も象徴的な医師会の変化は、1982年4月の医師会会長選で反武見派の花岡健而が、武見後継の亀掛川守を破り、医師会会長に就任したことである。花岡は、厚生省との対決に終始した武見路線から脱却し、「対話と協調」姿勢をもって厚生行政にあたることを表明した<sup>84</sup>。

そもそも、1980年の医師優遇税制の見直しや1981年の診療報酬のマイナス改定にみられるように、武見体制の末期にはその指導力に陰りが見え始めていた<sup>85</sup>。花岡の当選はこうした状況に対する反動であった。

こうした指導力の陰りは武見の健康問題に原因をみることもできる<sup>86</sup>。しかしながら、より根本的には、1970年代に医療の量的拡大という政策課題がほぼ達成された一方で、高齢化の進行、疾病構造の変化、経済の低成長、財政危機などにより、医療費抑制へと政策の優先課題が移行したということがあった<sup>87</sup>。

また、1970年代末から1980年代前半にかけて、徳洲会病院などをはじめとした、経営的に行き詰った中小病院を買収し経営を拡大する「病院チェーン」が勢いを増していたことや1970年代後半の医学部の新設ラッシュにより勤務医の割合が増加する中で、医師会の組織率が低下するなど、開業医の地盤沈下が起こり始めていた時期でもあった<sup>88</sup>。

80 『週刊社会保障』1121号（1981年4月20日）8頁。

81 有岡（1997）403頁。吉原・和田（2008）382頁。

82 『社会保険旬報』1390号（1982年4月1日）21頁。

83 『社会保険旬報』1397号（1982年6月11日）25-26頁。

84 高橋（1986）249頁。

85 西岡（2002）。

86 水野（2003）139-142頁。

87 池上・キャンベル（1996）34-38頁。

88 高橋（1986）。二木立（1990）55-69頁。池上・キャンベル（1996）57-62頁。加えて、地区医師会が、病院チェーンなどに対し、独自の開業制限を敷いていた地域もあった。特に徳洲会病院が神奈川県茅ヶ崎市へ進出しようとした際に、その開業制限が問題化し、国会でも取り上げられた。こうした中で、公正取引委員会も動き、和歌山市、豊橋市、千葉市の各医師会に対し、独占禁止法違反の判断を行い、排除勧告に至った（西岡2002：204）。

このように周囲の政治状況が変化する中で、徐々に法案の国会提出へ向けた動きが進みだしていく。

まず、社会党が1982年8月に医療法の改正案を国会に提出した<sup>89</sup>。これは、社会党が老人保健法の審議に揺さぶりをかけるためにおこなったものであったが、これに対し、8月6日の衆議院社会労働委員会において、森下元晴厚相が次期国会に医療法改正案を提出したいとする答弁を行った<sup>90</sup>。

さらに、1983年3月に入り、厚生省が、地域医療計画や病床規制、医師優遇税制などに対する譲歩として、一人医療法人制度の創設を医師会や歯科医師会に示し始めたことが、医療法改正案の国会提出へ向けた動きを本格化させた<sup>91</sup>。これは、従来3人以上の常勤医師がいないと税制上有利になる医療法人格を取得できなかった状況を改め、1人でも法人格を得ることができるようにするというものである。こうした政治的妥協を経て、結果的に、医師会は医療法改正案の国会提出にうなずいた。こうして、1983年3月25日、厚生省は閣議での了承を得て、医療法改正案を国会に提出した。

### 7.3 国会提出から法案の成立へ

医療法の改正案は国会に提出されたものの、可決へ向けた流れはまたも停滞した。1983年5月12日には衆院労働委員会で提案理

由説明が行われたが、国会会期が26日までしかなかったことから継続審議となった。さらにその秋の臨時国会においては、10月に田中元首相にロッキード事件での有罪判決が出たことを受け、国会審議が空転し、中曽根首相が衆院を解散したため、同法案は廃案となった<sup>92</sup>。

翌1984年3月27日、医療法の改正案は閣議決定され、4月4日には再び国会に提出された。しかしながら、この時期も可決へ向けた動きは滞ったままであった。

それは、まず、受診における被用者本人の1割負担の実施を柱とする健康保険法の改正が1984年2月に国会に上程されており、その審議が優先されていたことがある。また、1984年4月1日に医師会会長選挙が実施され、厚生省との「対話と協調」をうたっていた花岡を破り、羽田春兔が会長に就任し、医師会は厚生省との対決姿勢を再び強める兆しをみせはじめていた。これは、花岡執行部が厚生省による医療費抑制政策の断行を抑えきれなかったために、花岡に対する会員の反発が強まっていたことが大きな要因としてある<sup>93</sup>。そうした中で、羽田と花岡を含め4人の候補者が激戦を行い、僅少の差で羽田が当選したのである。こうした状況の下で医療法改正案は、再び継続審議となってしまった。

さらに、翌1985年1月から開かれた第102回通常国会においても、年金給付の削減を目的とした国民年金法改正に関する審議のあ

89 『社会保険旬報』1404号（1982年8月21日）26-27頁。

90 『第九十六回国会衆議院社会労働委員会議録第十二号』（1982年8月9日）9頁。

91 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部編（1997）。幸田ほか（2014）103-104頁。

92 有岡（1997）404頁。

93 高橋（1986）252頁。

94 他方で、第一次医療法の改正を促すような政策環境の変化も起こっていたことを付け加えておきたい。それは、臨調の要請を通じた、厚生省における衛生部局の再編である。1984年7月に厚生省は、医務局、公衆衛生局、環境衛生局の3局を健康政策局、保健医療局、生活衛生局へと再編した。具体的には、医務局から国立病院などの現業部門を切り離し、それを保健医療局に移管する一方で、公衆衛生局所管の保健所関連業務を健康政策局に移管し、政策立案と実施部門の区分が強められた（厚生省五十年史 1988：1563-1565；大杉 1993：61；西岡 2003：155）。この動きの背景には、包括医療の必要性が高まる中で保健・医療行政の変化が要請されていたこと、臨調路線下において、厚生省が「現業官庁」から「政策官庁」へと発展することが要請されていたことがあったとされる（大杉 1993；幸田ほか 2014：114）。

りを受け、継続審議となった<sup>94</sup>。

そうして、最終的に医療法改正案が成立したのは、1985年秋の通常国会においてであった。流れとしては、以下の通りである。11月28日に社労委において一部修正のうえ、共産党を除き、自民、社会、公明、民社、社民連の賛成多数で可決された。そこでは、12の修正項目と7項目の附帯決議が付された。そして12月3日の衆院本会議で可決、20日の参院本会議で可決、成立した。法案に対する修正は、①一人医療法人制の導入、②医療法人に対する監督強化項目に関する修正、③チェーン病院やアメリカの病院経営株式会社など外資の参入問題が起っていたことから、1つの医療法人が複数の都道府県で医療施設を開設する場合に、知事ではなく厚生大臣による許可制とするという参入規制の強化が主立った内容であった<sup>95</sup>。

## 8. 分析

### 8.1 政策アイディアの形成局面

ここでは、先に示した分析枠組みを基に、医療基本法案の廃案から第1次医療法改正までの政策過程を分析していきたい。

そもそも、厚生省が地域における医療計画を実施することを構想し、さらにはそれが法制化されていった背景には、高度成長の終焉、高齢化の進行、疾病構造の変化、福祉見直しを訴える行政改革路線の確定といった社会経済環境の変化や政治状況の変化があった。そして、厚生省は、高齢化や疾病構造の変化のもとで、医療の中心的関心が疾病の治

療に集中していることや医療供給体制が民間病院を中心に担われてきたことで起きる地域偏在、医療機関の機能分化や連携の不足といった問題が生じていることを認識した。

このような状況下で、学習の中心的主体である厚生省<sup>96</sup>は、包括医療といった概念や医療供給体制の問題点を学習し、その対応策として、保健や医療サービスが供給される圏域を設定したうえで、予防やリハビリといった保健サービスと医療施設を計画的、体系的に整備するという方向性で政策アイディアを形成していった。特に保健サービスに関しては、1970年11月に設置された保健所問題懇談会にみられるように、公衆衛生局が他局に先行して、そうした構想を検討し始めていた。

このような形で政策アイディアが構想され始めている状況の中で、1971年7月の保険医総辞退という政治的事件が発生した。そして、保険医総辞退をきっかけとして、厚生省は、都道府県が策定する地域保健医療計画を試行へと繋げていった。

保険医総辞退が起こった直接の原因は中医協における公益委員と医師会の対立にあり、また、厚生省や政府の働きかけのもとにその事態が収拾される中で、医師会は政府から有利な合意を引き出すことに基本的には成功した。ただし、その合意項目の中に、「医療基本法案のような法律を制定する」という文言が設けられており、それを機会に、厚生省医務局は、都道府県が策定する医療計画を1つの看板とする医療基本法案を、医師会などによる修正を受けながらも国会に上程していった。

結果的に、医療基本法案は廃案となるが、

95 西岡（2002）。中島（2001）。その他、地域医療計画において、都道府県は、僻地医療、救急医療の確保を行うこととされた。また、1985年の法改正から地域医療計画の実施まで5年間の猶予期間が設けられ、その間に医療機関がいわゆる「駆け込み増床」を行ったため、厚生省は批判を受けた。病院の一般病床数は、1985年には108万床であったのが、1992年には126.5万床となり、その増加の大半の15.4万床は民間病院によるものであった（長谷川1998）。

96 ここまでの流れをみると、厚生省医務局と医師会が価値基準をも共有した認識コミュニティを形成していたとは言い難いだろう。また、医師会とは異なる専門家として、医療政策学、医療経済学の専門家も存在するが、彼らは、数の上でも少なく分立もしており、政策形成において、大きな影響力を有してこなかった（池上・キャンベル1996：17-18）。

その流れの中で、1974年には、医務局は、公衆衛生局と共同し、5つの県をモデル県として地域における医療圏設定の方法をモデル化、それを基にした地域保健医療計画の実施を各都道府県に要請していった。そして、第1次医療法の改正案が成立する1985年までに、11の都道府県がそれを実施する状況に入っていた。

そして、1980年9月に富士見産婦人科病院事件が発覚したことをきっかけに、当時、不正請求が広く行われていると認識されていた医療機関に対する監督強化の要請が強まり、医務局は、医療法の改正へと動いていった。そして、そうした要請を機会に、医務局は、医療機関への監督強化に止まらず、都道府県による地域医療計画の法定化も組み込んだ形で法案を審議院に諮問していった。さらに、その都道府県地域医療計画の中では、医療圏における基準病床数を設け、それを通じた病床規制を可能にする方途を開くなど、厚生省医務局は、政治的事件を機会と捉え、政策アイデアを発展させていき、最終的には、第1次医療法改正へと繋げていったのである。

## 8.2 政策アイデアの反映局面

ただし、上記のように政策アイデアが形成されていく一方で、それが政策へと反映される際には、医療政策の政策過程を特徴づける制度的要因に大きく規定されていた。

まず、この政策案は、自由開業医制という政策遺制に大きく拘束されたものである。すなわち、地域医療計画は、自由開業医制に制限を加えるものではあっても、それを根本的に変更するものではなかった。例えば、社会党のような日本の医療供給体制を担う主体を公的な医療機関に転換していくような政策案

を、厚生省が提案したわけではなかったのである。これは、上記にみられるように医師会という政治的に大きな影響力を持つ組織が基本的に反対の立場から影響力を行使したことや自由開業医制を抜本的に変更することには大きなコストが伴うことが要因としてあげられる。

次に、この政策決定過程は、政策決定の場の性質に大きく規定された。まず、自民党社会部会という場の存在である。医療基本法案の廃案過程や第1次医療法改正の政策過程をみると、医師会の働きかけなどを受けて、医師会の支援者である自民党が、社会部会という法案の事前協議の場において、それを医師会よりの方向へ修正したり、国会への法案提出を店ざらしにしたりするなど、一連の政策過程の動きを抑制する機能を果たした。さらに、この一連の政策過程は、日本の国会の制度的特徴である会期制にもかなりの程度影響を受けていた。医療基本法案の廃案が審議未了で廃案となったことや第1次医療法改正案が審議未了による廃案や幾度もの継続審議を経験したのは、会期制の存在による。そうした点からみれば、この一連の政策過程は会期制という立法過程における制度によって抑制されたといえることができる<sup>97</sup>。

最後に、拒否点構造の観点から、社会党、医師会、厚生省の動きを考察していきたい。

まず、社会党をはじめとする野党も国会における立法過程の中で拒否点を有し、この一連の政策過程においても、一定の影響力を行使してきた。その中で、1980年代に入り、医療供給体制に関わる法案に対する社会党の態度が軟化したために、第1次医療法改正が可能になったという指摘がある<sup>98</sup>。医療供給体制に対する1970年代までの社会党の政策案

97 こうした立法過程における制度の存在が、野党のヴィスコシティの源泉となっているのか、あくまでも、与党が議事運営の主導権を握っているうえで許されていることなのかということについては、議論が分かれている（岩井 1988；増山 2003）

98 西岡（2003）154-155頁。



は、医療の社会化を目標に、自由開業医制の否定や公的医療機関を中心とした医療供給体制の整備を目指すものであった。しかし、1982年に国会に提出した医療法改正案では、そうした色合いはかなり薄くなっていた。これには、1970年代後半以降、総評の対抗勢力である民間労組が労働戦線統一の動きを強める中で、それに対し、社会党の支持母体である総評がその動きをコントロールするために、自らも右傾化することを選択し、それに社会党が多大な影響を受けた<sup>99</sup>という状況変化が絡んでいると考えられる。

次に、医師会における結束の弱まりがある。彼らは、①中医協、②医系議員や自民党族議員を媒介とした自民党社会部会、自民党首脳との折衝といった形で拒否点を有し、政治的影響力を強く行使してきた。ただし、1980年代以降、医師会は、反武見派の花岡の会長当選に象徴されるように、結束を弱めていった。これは、根本的には医療の量的拡大から医療費抑制へ政策課題が移っていたこと、それに加え、病院チェーンの台頭や勤務医の増加により、開業医の地盤沈下が起こり始めていたことに原因がある。第1次医療法改正が可能になったのは、医師会のこうした変化にもよっていたのである。

一方で、セクショナリズムという形で拒否点を有する厚生省内の局間の政治的距離は縮まっていたといえよう。そもそも、この政策は、例えば、第1次医療法改正後に行われた社会保険関係者の講習会において、当時の健康政策局長竹中浩治が、「これからは保険局に代わりまして、健康政策局が医療行政のなかで主導権を握っていきたくて考えております」と発言しているように、省内での序列が低い医務局（健康政策局）<sup>100</sup>が、その権限を

広げることを狙ったものでもあった<sup>101</sup>。こうした医務局の狙いにもかかわらず、疾病構造の変化により、その役割が減っていた公衆衛生局は、その復調のために地域保健医療計画の策定・実施にあたって医務局と共同した。さらに、保険局は、保険財政が行き詰まりをみせる中で、医療費抑制という観点から地域医療計画を肯定的に捉えるようになっていた<sup>102</sup>。すなわち、厚生省内部における拒否権プレイヤー間の政治的距離は縮まっており、それは、政策アイデアが発展していくことを促進したといえよう。

さらに、拒否権プレイヤー間の距離という点から、厚生省と医師会の関係を捉えると、厚生省は、第1次医療法改正案が成立に向け修正される中で、一人医療法人制の導入や当時開業医にとって脅威となっていたチェーン病院に対する参入規制を盛り込むといった法案の修正を通じて、臨調路線下で、情勢的に守勢に立つ医師会との距離をさらに縮め、第1次医療法改正を進めていったということもできる。これも第1次医療法改正を可能にした要因の1つであるといえるだろう。

## 9. おわりに

ここまでみてきたように、本稿では、第1次医療法改正の政策過程を政策学習論の観点から分析してきた。本稿の政治過程論や医療政策の政治学的分析に対する貢献としては、次の2点をあげることができる。

1つめは、政治過程論上、そもそも十分な研究蓄積がなされておらず、さらに、数少ない先行研究の分析も課題を抱えている、第1次医療法の政策決定過程全体のメカニズムを政策学習論という従来とは異なる観点から明

99 森 (2001) 90-91頁。

100 藤田 (2008)。

101 『日本医師会雑誌』95巻4号 (1986年2月25日) 657-666頁。

102 幸田ほか (2014) 101-110頁。



らかにしたことである。

2つめは、以下である。政策学習論においては、政策アイデアが形成されていく局面に関心が集中していたため、形成されたアイデアが政策へ反映される局面についての考察が不足し、政策変容全体のメカニズムを捉えきることができていなかった。しかし、本稿では、その局面を制度が制約するという社会的学習論の知見のもと、その制度的要因を政策遣制、政策決定の場、拒否点構造という3点に集約し、分析を行うことで、政策変容全体のメカニズムをより精緻に明らかにした。

以上のように、本稿は、政治過程論、それにおける医療政策研究に一定の貢献を成したものの、次のような課題も残している。1つめは、本稿は、1970年代から1980年代中ごろにかけての医療供給政策の変容プロセスについて明らかにしたが、それ以降の医療供給制度改革の動態について触れられていないということである。1980年代以降の医療供給制度改革の展開については、厚生省（厚労省）が、社会的入院解消に向け、「医療機能の分化・連携の推進」という政策アイデアのもと、相当程度一貫した改革が実施されてきた<sup>103</sup>。その中では、医療法の改正も医療機関や病床の機能分化を実施していくための重要な手段の1つとして捉えられており、第二次以降の医療法改正は、第1次医療法改正とは異なる視点から実施されるようになったともいえる。このような点からみれば、こうした変化はなぜ生じたのか、また一方で、第1次医療法改正が成立したことが、後の医療供給制度改革にどのような影響を及ぼしたのかを、今後明らかにしていく必要があるといえるだろう。

2つめとしては、同時代的に進行していた

医療保険制度改革との関連性について触れていない点である。管見の限り、狭義の政策決定過程において、医療保険制度改革の動向に、第1次医療法改正の政策過程が大きく左右されたというわけではないようである。しかしながら、医療保険財政の逼迫によって、医療費抑制が政府の至上命題として浮上する中で、第1次医療法改正は、それにおける地域医療計画が医療費抑制政策として認識されたために可能となった側面もあり、一連の医療保障制度改革全体を俯瞰した形で、その関連性を明らかにする必要性は高いといえるだろう<sup>104</sup>。

最後に、政策学習論の精緻化には更なる研究の蓄積が必要だということである。本稿では、様々な形で提出されてきた政策学習の概念を、それぞれが補完関係にあるという前提のもと、さらに政策アイデアの形成局面と反映局面に分解し、事例の分析を進めた。しかしながら、このような形で整理した政策学習論の枠組みが、他の事例にどの程度適用できるかは未知数であり、今後のさらなる研究蓄積が必要である。

## 参考文献

- 秋吉貴雄（2010）『公共政策の変容と政策科学——日米航空輸送産業における2つの規制改革』有斐閣。
- 秋吉貴雄（2012）「政策学習論の再構築に向けて」『熊本大学社会文化研究』10号：1-16頁。
- 朝日俊弘（1988）『地域医療計画批判——いつでも、どこでも、だれでも、安心してかかる医療をめざして』批評社。
- 有岡二郎（1997）『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本医事新報社。

103 竜（2015）213-234頁。

104 こうした観点から行われた研究として前述の藤田（1995）があるが、行政学的な見地から分析が行われており、政治過程論的な研究によって、その空白部分を補完していく必要があるだろう。

- 猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣。
- 池上直己・キャンベル、ジョン C.（1996）『日本の医療——統制とバランス感覚』中央公論社。
- 岩井奉信（1988）『立法過程』東京大学出版会。
- 大杉覚（1993）『医療行政の再編と組織対応』総務庁官房企画課編『社会環境と行政（Ⅲ）——新たな行政システムの構築に向けて』行政管理研究センター：52-73頁。
- 大嶽秀夫（1994）『自由主義的改革の時代——1980年代前期の日本政治』中央公論社。
- 笠原英彦（1999）『日本の医療行政——その歴史と課題』慶應義塾大学出版会。
- 河野すみ子（2006）「1960年代から70年代初頭の医療供給体制をめぐる議論——『医療基本法案』と『医療保障基本法』の廃案の経緯を中心に」『日本医療経済学会会報』25巻1号：64-75頁。
- 川渕孝一（2014）『第六次医療法改正のポイントと対応戦略60』日本医療企画。
- 北山俊哉（2011）『福祉国家の制度発展と地方政府——国民健康保険の政治学』有斐閣。
- 倉田正一・林喜男（1977）『地域医療計画』篠原出版。
- グループ一九八四年（1975）「日本の自殺」『文芸春秋』2月号：92-124頁。
- 厚生省健康政策局編（1986）『改正医療法——法令・通達・全資料』中央法規出版。
- 厚生省五十年史編纂委員会（1988）『厚生省五十年史（記述編）』厚生問題研究会。
- 厚生省大臣官房企画室（1970）『厚生行政の長期構想——生きがいのある社会をめざして』社会保険法規研究会。
- 厚生省編（1974）『厚生白書（昭和48年版）』大蔵省印刷局。
- 厚生省保険局企画課編（1979）『欧米諸国の医療保障』社会保険法規研究会。
- 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会編（1979）『国民健康保険四十年史』ぎょうせい。
- 幸田正孝（述）・土田武・菅沼隆・新田秀樹・田中総一郎・山田篤裕・中尾友紀・百瀬優（2014）『国民皆保険・皆年金の「形成・展開・変容」のオーラルヒストリー』幸田正孝（元厚生事務次官）『平成25～27年度科学研究費基盤研究報告書、立教大学』。
- 香山健一（1978）『英国病の教訓』PHP研究所。
- 小西宏（1977）「府県内の保健医療圏域の設定」『公衆衛生』41巻1号：13-18頁。
- 島崎謙治（2011）『日本の医療——制度と政策』東京大学出版会。
- 新川敏光（2005）『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房。
- 菅谷章（1981）『日本の病院——その歩みと問題点』中央公論社。
- 砂原庸介（2011）「自己強化する制度と政策知識——医療保険制度改革の分析から」『大阪市立大学法学雑誌』57巻3号：287-323頁。
- 宗前清貞（2009）「第5章 医療政策における専門知の形成と機能」久米郁夫編『専門知と政治』早稲田大学出版部：149-176頁。
- 高橋秀行（1986）「第8章 圧力団体——日本医師会の政治行動と意思決定」中野実編『日本型政策決定の変容』東洋経済新報社：237-266頁。
- 田口富久治（1969）『社会集団の政治機能』未来社。
- 飛田英子（2014）「医療計画の実行性を高めるためにアメリカ CON 規制から学べ」『JRI レビュー』4巻14号：2-17頁。
- 中島明彦（2001）「医療供給政策における政策過程の変容——厚生技官の台頭と政策コミュニティの形成」『医療経済研究』

- 第9巻：23-38頁。
- 二木立 (1990)『90年代の医療——「医療費冬の時代」論を越えて』勁草書房。
- 西岡晋 (2001)「医療基本法案の政策過程」『早稲田政治公法研究』68巻：191-222頁。
- (2002)「第一次医療法改正の政策過程 (1・2)」『早稲田政治公法研究』70巻：183-217頁・71巻：61-94頁。
- (2003)「医療供給制度改革の政策レジーム分析——供給抑制型政策への転換をめぐる」『公共政策研究』3号：148-158頁。
- 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部編 (1997)『日本医師会創立記念誌——戦後五十年の歩み』日本医師会。
- 日本医師会編 (1970)『国民医療年鑑——国民医療の創造的発展 (昭和45年版)』春秋社。
- 橋本正己 (1975)『地域保健活動の動向と課題』医学書院。
- 長谷川俊彦 (1998)「地域医療計画の効果と課題」『季刊社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所33巻4号：382-391頁。
- 早川純貴 (1991)「福祉国家をめぐる政治過程 (1・2)——84年健康保険法改正過程の事例研究」『駒澤大学法学論集』43巻：111-159頁・『駒澤大学政治学論集』33巻：22-93頁。
- 平松英哉 (2002)「政策フィードバック過程の研究——英米における『政策学習』研究の整理を中心として」『同志社法学』54巻2号：40-70頁。
- 広井良典 (1998)「医療保障」地主重美・堀勝洋編『社会保障読本 (第2版)』東洋経済新報社：103-141頁。
- 藤田由紀子 (1995)『昭和50年代以降の医療政策の変容』東京大学都市行政研究会。
- (2008)『公務員制度と専門性——技術系官僚の日英比較』専修大学出版局。
- 富士見産婦人科病院被害者同盟・原告団編 (2010)『富士見産婦人科病院事件——私たちの30年のたたかい』一葉社。
- 増山幹高 (2003)『議会制度と日本政治——議事運営の計量政治学』木鐸社。
- 水野肇 (2003)『誰も書かなかった日本医師会』草思社。
- 宮本太郎 (2008)『福祉政治——日本の生活保障とデモクラシー』有斐閣。
- 村上泰亮・蠟山昌一ほか (1975)『生涯設計 (ライフサイクル) 計画——日本型福祉社会のビジョン』日本経済新報社。
- 森裕城 (2001)『日本社会党の研究——路線転換の政治過程』木鐸社。
- 吉原健二・和田勝 (2008)『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』東洋経済新報社。
- 読売新聞社会部 (1978)『日本医師会——続・どうする日本の医療』保健同人社。
- 竜聖人 (2015)「1980年代以降の医療供給制度改革の展開——政策学習論の視座から」日本政治学会編『年報政治学2015-I 政治理論と実証研究の対話』木鐸社。
- Béland, Daniel (2006) "The politics of Social Learning: Finance, Institutions, and Pension Reform in the United States and Canada" *Governance* 19, pp.559-583.
- Busenberg, George J. (2001) "Learning in Organizations and Public Policy," *Journal of Public Policy* 21, pp.173-189.
- Campbell, John C. (1992) *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*, Princeton University Press (=1995 三浦文夫・坂田周一監訳『日本政府と高齢化社会——政策転換の理論と検証』中央法規出版)。
- Etheredge, Lloyd S. and Short, James (1983) "Thinking about Government Learning,"

- Journal of Management Studies* 20, pp.41-58.
- Greener, Ian (2001) "Social Learning and Macroeconomic Policy in Britain," *Journal of Public Policy* 21, pp.133-152.
- Hall, Peter A. (1993) "Policy Paradigms, Social Learning, and the State," *Comparative Politics* 23, pp.275-296.
- Heclo, Hugh (1974) *Modern Social Policies in Britain and Sweden*, Yale University Press.
- Immergut, Ellen M. (1990) "Institutions, Veto Points, and Policy Results," *Journal of Public Policy* 10 (4), pp.391-416.
- Kingdon, John W. (1995) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2<sup>nd</sup> ed, Harper Collins College Publishers.
- Oliver, Michael J. and Pemberton, Hugh (2004) "Learning and Change in 20th-Century British Economic Policy," *Governance*, 17, pp.415-441.
- Rose, Richard (1991) "What is lesson-Drawing," *Journal of Public Policy* 11, pp.3-30.
- Rose, Richard (1993) *Lesson-Drawing in Public Policy*, Chatman House.
- Sabatier, Paul A. and Jemkins-Smith, Hank C. (1993) *Policy Change and Learning*, Westview.
- Tsebelis George (2002) *Veto Players: How Political Institutions Work*, Russell Sage Foundation (= 2009 眞柄秀子・井戸正伸監訳『拒否権プレイヤー——政治制度はいかに作動するか』早稲田大学出版部).
- (筑波大学大学院 人文社会科学研究科 国際日本研究専攻 博士後期課程)

